

vorm voortzet, is dit niet verenigbaar met de doelstelling van de Raad tot centralisatie en uniformering van diverse piketregelingen. Het wettelijk recht op vrije advocaatkeuze wordt in de huidige vorm onvoldoende gewaarborgd en de onderzoekster doet dan ook de aanbeveling aan de Raad om een informatievoorziening over de keuzevrijheid te gaan creëren.

De onderzoeksvraag naar de mate waarin de stamadvocaat zou bijdragen aan de kwaliteit van de rechtsbijstand wordt mijns inziens niet beantwoord. Aanbevolen wordt, en ik onderschrijf dat van harte, dat daarvoor meer onderzoek gedaan wordt. Mijns inziens zou daar dan niet alleen de ervaring van cliënten/patiënten bij betrokken moeten worden, maar zou ook de huidige geslotenheid van de (erg kleine) kring van Bopz-advocaten nader tegen het licht gehouden moeten worden.

We zullen zien welk vervolg dit gaat krijgen. Als er ontwikkelingen te melden zijn zult u hierover uiteraard in het *Journal GGZ en recht* kunnen lezen.

90 De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg is een feit...

August de Hoogh en

*Suzanne Steegmans*³⁶

Inleiding

Na jaren van ontwerpen, schaven en bespreken in de Tweede Kamer heeft de Eerste Kamer op 6 oktober 2015 ingestemd met het wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

36 Mr. A.N.L. de Hoogh en mevrouw mr. S.M. Steegmans zijn beiden advocaat bij KBS Advocaten N.V. te Utrecht.

(Wkkgz). De verwachting is dat op 1 januari 2016 de Wkkgz in werking zal treden.³⁷ Zorgaanbieders hebben vanaf dat moment een jaar de tijd hun regeling voor klachten en geschillen aan deze wet aan te passen. De wet beoogt de positie van de cliënt in het zorgstelsel te vergroten en waarborgt dat patiënten kunnen vertrouwen op goede zorg en een goede, snelle en laagdrempelige afhandeling van klachten en geschillen. Voorts dient de kwaliteit van zorg te verbeteren door meer openheid over en het leren van incidenten en klachten.³⁸ Jonkers besprak de Wkkgz eerder in dit journal.³⁹

In deze bijdrage zullen wij op hoofdlijnen bespreken welke veranderingen deze nieuwe wet met zich brengt. Wij staan stil bij de onderwerpen 'kwaliteit' en 'klachten' en gaan nader in op de geschillenbeslechting door een geschilleninstantie.

Algemeen

De Wkkgz zal de huidige Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) en de Kwaliteitswet zorginstellingen vervangen. De Wkkgz heeft betrekking op alle zorgaanbieders, waaronder de ggz, en strekt zich, anders dan de huidige Wkcz en de Kwaliteitswet zorginstellingen, ook uit tot het werkgebied van alternatieve genezers en cosmetische zorg.⁴⁰ Dit is een groep die op 40.000 zorgaanbieders wordt geschat. Tot het domein van de Wkkgz zullen de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg gaan behoren.

De Wkkgz biedt op onderdelen nog ruimte voor een nadere uitwerking door de minister. Een voorbeeld hiervan is de mogelijkheid om bij AMvB een verklaring omtrent het gedrag

37 *Kamerstukken I* 2012/13, 32402 E.

38 *Kamerstukken I* 2012;13 32402, M (nadere memorie van antwoord).

39 M. Jonkers, 'De Wcz wordt Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)' *JGGZR* 2013(3) 38, p. 80-85.

40 Art. 1 van de wet.

verplicht te stellen voor zorgverleners.⁴¹ Deze AMvB is nog in concept en zal niet per 1 januari a.s. in werking treden. De minister beoogt met de concepttekst nadere regels te stellen ten aanzien van zorgverleners die zorg zullen verlenen in het kader van de Wet langdurige zorg en de klinische geneeskundige ggz.⁴²

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zal belast zijn met het houden van toezicht op de naleving van de Wkkgz en zij kan, indien nodig, handhavend optreden.⁴³

Kwaliteit

De zorgaanbieder (een zorginstelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener) dient goede zorg aan te bieden.⁴⁴ De term ‘goede zorg’ zal de huidige term ‘verantwoorde zorg’ vervangen. Goede zorg is zorg van een goede kwaliteit en van een goed niveau die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, waarbij de zorgverleners handelen conform de voor hen geldende professionele standaard en waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen.⁴⁵

Om deze goede zorg te waarborgen dient de zorgaanbieder onder meer de zorgverlening op zodanige wijze te organiseren, zich te bedienen van zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personele en materiële middelen en, voor zover nodig, bouwkundige voorzieningen, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg.⁴⁶ Daarnaast dient de zorgaanbieder zich ervan te vergewissen op welke wijze een zorgverlener in het verleden heeft gefunctioneerd.⁴⁷ Dit kan bijvoorbeeld door het opvragen van referenties

bij voormalige werkgevers of opdrachtgevers van de zorgverlener. Dit functioneren mag niet in de weg staan aan het inzetten van de zorgverleners bij het verlenen van zorg. Voorts dient de zorgaanbieder met zorgverleners die niet op basis van een arbeidsovereenkomst werkzaam zijn in een zorginstelling, uitsluitend schriftelijke overeenkomsten te sluiten. Deze overeenkomst dient de wettelijke verplichtingen van zorgverleners of organisaties voldoende te waarborgen.⁴⁸

De wet regelt verder dat iedere zorgaanbieder verplicht is een procedure in te richten omtrent het intern melden van incidenten.⁴⁹ Eveneens is iedere zorgaanbieder verplicht hiervan een register bij te houden.⁵⁰ De informatie uit dit register kan niet in een civielrechtelijke, strafrechtelijk, bestuursrechtelijk of tuchtrechtelijke procedure als bewijs worden gebruikt, tenzij het gegevens betreft die betrekking hebben op een calamiteit (“een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid”) of geweld in de zorgrelatie. Als relevante gegevens redelijkerwijs niet op een andere manier kunnen worden verkregen, mogen deze gegevens onder omstandigheden wel voor strafrechtelijk bewijs worden gebruikt door het Openbaar Ministerie.⁵¹

Indien een incident zich heeft voorgedaan, dan is de zorgverlener verplicht de cliënt (dan wel de vertegenwoordiger of nabestaande van die overleden cliënt) die het betreft, hiervan onverwijld op de hoogte te stellen en hiervan onder vermelding van de toedracht en wie er betrokken zijn, aantekening te maken in het medisch dossier van de cliënt.⁵² Het gaat hierbij overi-

41 Art. 4 lid 2 en 3 van de wet.

42 Concept Uitvoeringsbesluit Wkkgz 14 juli 2014, als bijlage bij *Kamerstukken II* 2013/14, 32402, nr. 67.

43 Art. 24 e.v. van de wet.

44 Art. 2 lid 1 van de wet.

45 Art. 2 lid 2 van de wet.

46 Art. 3 van de wet.

47 Art. 4 lid 1 onder a van de wet.

48 Art. 4 lid 1 onder b van de wet.

49 Art. 9 lid 2 van de wet.

50 Art. 7 van de wet.

51 Art. 9 lid 6 van de wet.

52 Art. 10 lid 3 van de wet.

gens enkel om incidenten die merkbare (gevolgen) kunnen hebben voor een cliënt.

Op grond van de huidige Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is een zorgaanbieder verplicht transparant te zijn over zijn zorgaanbod.⁵³ Dat betekent dat de zorgaanbieder thans duidelijk moet zijn over de tarieven van de behandeling. Daarnaast dient de zorgaanbieder informatie openbaar te maken over de eigenschappen van de aangeboden behandelingen zodat deze informatie voor patiënten gemakkelijk vergelijkbaar is. In de Wkkgz wordt deze verplichting aangescherpt: zorgaanbieders moeten de cliënt (aanvullende) informatie verstrekken en vragen beantwoorden over de kwaliteit en de tarieven van de geboden zorg en over de wachttijd en de ervaringen van cliënten met die zorg. Dit om de cliënt in staat te stellen een weloverwogen keuze te maken tussen de verschillende zorgaanbieders.⁵⁴

Voorts wordt de huidige verplichting in de Kwaliteitswet zorginstellingen voor zorgaanbieders om calamiteiten en seksueel misbruik te melden aan de IGZ verruimd. Zorgaanbieders worden verplicht geweld in de zorgrelatie te melden indien sprake is van:⁵⁵ “seksueel binnendringen van het lichaam van of ontucht met een cliënt, alsmede geweld jegens de cliënt, door iemand die in dienst of in opdracht van een instelling of opdrachtnemer van een instelling werkzaam is, dan wel door een anders cliënt met wie de cliënt gedurende het etmaal of een dagdeel in een accommodatie van een instelling verblijft.”

Daarnaast dient een zorgaanbieder ook het ontslag van een van de bij haar werkzame zorgverleners wegens het ernstig tekortschieten in het functioneren, bij de IGZ te melden.⁵⁶

53 Art. 38 Wmg.

54 Art. 10 lid 1 en 2 van de wet.

55 Art. 11 lid 1 onder a en b van de wet.

56 Art. 11 lid 1 onder c van de wet.

Klachten

Elke zorgaanbieder heeft met de komst van de Wkkgz de verplichting om een onafhankelijke klachtenfunctionaris⁵⁷ aan te stellen en zorg te dragen voor een (laagdrempelige) opvang en afhandeling van klachten.⁵⁸ De verplicht aanwezig klachtenfunctionaris zal een klagende cliënt (zonder inhoudelijke inmenging door de zorgaanbieder) gratis adviseren over het indienen en het formuleren van een klacht.⁵⁹ Een termijn waarbinnen moet worden geklaagd, geeft de wet echter niet. Uiterlijk binnen zes weken na indiening van de klacht, ontvangt de klager een schriftelijke mededeling van de zorgaanbieder tot welk oordeel het onderzoek van de klacht heeft geleid, welke beslissingen de zorgaanbieder over en naar aanleiding van de klacht heeft genomen en binnen welke termijn maatregelen waartoe is besloten, zullen zijn gerealiseerd.⁶⁰

De thans op grond van de Wkcz geldende verplichting om een klachtencommissie in te stellen, vervalt met de komst van de Wkkgz. Logischerwijs rijst dan de vraag hoe de afschaffing van de verplichte klachtencommissie in de Wkkgz zich verhoudt tot de verplichting tot het instellen van een klachtencommissie die thans uit de Wet Bopz, en straks uit de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) voortvloeit.

Is de (aankomende) wetgeving op dit punt immers niet inconsequent? De minister geeft aan:

“Gelet op het voorgaande deel ik niet de mening dat met de Wkkgz inconsistentie in wetgeving blijft bestaan nu de Wkkgz de klachtencommissie

57 Zie over de verhouding tussen de cliëntenvertrouwenspersoon (Wzd) en de klachtenfunctionaris (Wkkgz) de bijdrage van mrs. Frederiks en Steen in dit journal.

58 Art. 13 en 14 van de wet.

59 Art. 15 van de wet.

60 Art. 17 van de wet.

sie niet langer verplicht stelt en dit wel het geval is bij de wetsvoorstellen voor de Wzd en de Wvvgz. [...] Bij de voorstellen Wzd en de Wvvgz gaat het, net als bij de huidige Wet bopz om een beklagmogelijkheid tegen ‘beslissingen’ die ingrijpen in het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt. Vanwege het ingrijpende en gedwongen karakter van die beslissingen, heeft de wetgever daarvoor voorzien in extra – strikte – rechtsbescherming naast het reguliere klachtrecht. Die klachtprocedures eindigen met een voor de zorgaanbieder/zorgverlener en betrokkene bindende beslissing (artikel 41 Wet opz: de commissie kan de beslissing vernietigen), waartegen bij de rechter vervolgens beroep kan worden ingesteld. Die bepalingen vormen een *lex specialis* voor die klachten naast de Wkkgz.⁶¹

Hoe het een en ander echter in de praktijk zal uitpakken, zal de toekomst moeten uitwijzen.

Geschillen

Een andere (grote) wijziging is dat de zorgaanbieder aangesloten moet zijn bij een geschilleninstantie die enerzijds door de minister is erkend en anderzijds is ingesteld door een of meer representatief te achten organisaties van cliënten en zorgaanbieders.⁶² De zorgaanbieder moet de mogelijkheid om geschillen aan de geschilleninstantie voor te leggen op een geschikte wijze onder de aandacht brengen van de cliënten en vertegenwoordigers van cliënten.⁶³ Deze geschilleninstantie heeft tot taak geschillen over gedragingen van de zorgaanbieder jegens de cliënt in het kader van zorgverlening te beslechten.⁶⁴ De cliënt, diens vertegenwoordiger of een nabestaande kan zich met de klacht schriftelijk tot deze geschilleninstantie wenden (lees: is ontvankelijk) indien:

1. de zorgaanbieder in strijd heeft gehandeld met het klachtenrecht (van artikel 13-17 van de wet);
 2. hij niet tevreden is over de klachtenafhandeling bij de zorgaanbieder;
 3. het niet van hem kan worden verlangd dat hij een klacht bij de zorgaanbieder indient.
- Vreemd genoeg wordt een (beroeps)termijn in de wet niet gegeven. De uitspraak zal worden gedaan bij wege van bindend advies,⁶⁵ waarbij de geschilleninstantie, naast het oordelen over de klacht, ook de mogelijkheid heeft om een schadevergoeding toe te kennen tot (in ieder geval) € 25.000.⁶⁶ De geschilleninstantie is gehouden om uitspraak te doen binnen zes maanden na de voorlegging van het geschil.⁶⁷ Deze uitspraken worden openbaar gemaakt, maar wel in zodanige vorm dat deze niet tot personen herleidbaar zijn, behalve voor zover het de zorgaanbieder betreft.⁶⁸

De wetgever tracht met deze geschillenregeling een laagdrempelig en betaalbaar alternatief voor de civiele rechter te bieden voor die gevallen waarin de cliënt en zorgaanbieder samen niet tot een oplossing kunnen komen naar aanleiding van een klacht van een cliënt.⁶⁹ Deze procedure is minder beschadigend voor de deelnemende partijen, goedkoper en met een grotere kans op herstel van de relatie tussen partijen, aldus de minister.⁷⁰

Kort en wel betekent het een en ander dat iedere (ggz-)zorgaanbieder (een instelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener) verplicht aangesloten dient te zijn bij een geschilleninstantie. Dit is dus anders dan de mogelijkheid die een ggz-instelling en de cliënt thans hebben

65 Zie Art. 7:900 BW.

66 Art. 20 van de wet. Overigens kunnen zorgaanbieders en cliëntenorganisaties desgewenst een hoger maximum bedrag met elkaar af te spreken.

67 Art. 22 van de wet.

68 Art. 22 lid 3 van de wet.

69 Zie bijv. *Kamerstukken I* 2013/14, 32402, p. 4.

70 *Kamerstukken I* 2013/14, 32402, p. 5.

61 *Kamerstukken I* 2012/13, 32 402. M. (nadere memorie van antwoord), p. 7.

62 Art. 18 en 19 van de wet.

63 Art. 18 lid 5 van de wet.

64 Art. 19 van de wet.

door vrijwillig en gezamenlijk overeen te komen dat klachten en schadeclaims tot € 5.000 zullen worden behandeld door de Geschillencommissie Geestelijke Gezondheidszorg.⁷¹ Nu een geschilleninstantie bevoegd is te oordelen over klachten en claims tot € 25.000, bestaat volgens sommigen, waaronder vele zorgaanbieders en beroepsverenigingen, de vrees voor een claimcultuur.⁷² Een klacht zou immers (te) eenvoudig kunnen ontfaan in een claim. Of deze vrees werkelijkheid gaat worden, moet logischerwijs worden afgewacht. Ook is het maar de vraag op welke wijze de geschilleninstanties de claims inhoudelijk (lees: civielrechtelijk) zullen beoordelen. In dit verband heeft de minister aangegeven: “Uiteraard zal deze geschilleninstantie een claim niet eerder toekennen dan nadat zij heeft geconstateerd dat sprake is van toerekenbaarheid en verwijtbaarheid aan de zijde van de zorgaanbieder/zorgverlener.”⁷³

Met deze uitspraak van de minister lijkt te worden gesuggereerd dat de maatstaf van de civiele rechter logischerwijs ook de maatstaf wordt van de geschilleninstantie. Maar deze uitspraak zegt niets over de (verdeling van) de stelplicht, de bewijslast en de bewijswaardering. Wij vragen ons met name af of op deze punten niet het nodige gaat veranderen, en wel in die zin dat claims eenvoudiger zullen worden toegewezen. Een aanwijzing in deze richting vormen immers de huidige ervaringen met de Geschillencommissie Zorginstellingen (GCZ) die door Van de Laar & Dute⁷⁴ zijn vergeleken met de uitspraken

van de civiele rechter. Zij komen onder meer tot de conclusie dat:

1. de GZC een lichtere stelplicht voor de patiënt kent. Anders dan bij de civiele rechter kan de patiënt bij de GZC kortweg volstaan met het kenbaar maken van zijn klachten;⁷⁵
2. de GZC een andere bewijsmaatstaf hanteert. Waar bij de civiele rechter over de feiten een redelijke mate van zekerheid moet bestaan, neemt de GZC de feiten aan wanneer zij deze voldoende aannemelijk acht.⁷⁶

Thans is het zo dat deze lichtere stelplicht en bewijslast (kunnen) worden ‘gerechtvaardigd’ door het feit dat de zorginstelling vrijwillig voor de rechtsgang van de GZC heeft gekozen.⁷⁷ Met de komst van de Wkkgz is echter van vrijwilligheid geen sprake; iedere zorgaanbieder moet immers aangesloten zijn bij een geschilleninstantie.

Gelet op de ervaringen met de GZC en het feit dat de wet tot doel heeft de afwikkeling van medische claims te verbeteren, had het ons logisch voorgelopen als de stelplicht, de bewijslast en de bewijswaardering een (meer) prominente rol hadden ingenomen tijdens de parlementaire behandeling. Dat is echter niet het geval geweest. In de memorie van toelichting is nadrukkelijk neergelegd dat procedure- en bewijsregels aan de geschilleninstantie zelf worden overgelaten.⁷⁸

Op de momenten tijdens de parlementaire behandeling waarop deze punten wel ter sprake kwamen, viel het ons bovendien op dat er onjuistheden naar voren zijn gebracht. Zoals foutief in de memorie van toelichting⁷⁹ is neer-

71 Deze geschillencommissie is per 1 april 2013 operationeel. Zie in dit verband Karman & Swank, ‘Twee jaar geschillencommissie; een overzicht’, *JGGZR 2015/56* (nr. 4).

72 Zie ook *Kamerstukken I 2012/13, 32402, M*, (nadere memorie van antwoord), p. 7.

73 *Kamerstukken I 2013/14, 32402*, p. 5.

74 L.H.M.J. van de Laar & J.C.J. Dute, ‘De afhandeling van schadeclaims door de Geschillencommissie Zorginstellingen’, *TvGr 2014*, 6.

75 Van de Laar & Dute, p. 444.

76 Van de Laar & Dute, p. 444.

77 Zie ook Van de Laar & Dute, p. 447.

78 *Kamerstukken II 2009/10, 32402*, 3, p. 56.

79 *Kamerstukken II 2009/10, 32402*, 3, p. 114 en 115.

gelegd, gaf ook de minister ten onrechte in het kader van de verzwaarde stelplicht aan:

“in alle gevallen waarin de rechter vaststelt dat het dossier niet volledig is, geldt op grond van de rechtspraak dat de bewijslast wordt omgekeerd.”

Dit is echter in strijd met de heersende rechtsleer. Volgens de geldende rechtspraak dient de hulpverlener zo nauwkeurig mogelijk zijn lezing te geven van hetgeen, voor zover relevant, tijdens de medische behandeling is voorgevallen en de gegevens te verschaffen waarover hij als hulpverlener de beschikking heeft of kan hebben.⁸⁰ Deze verzwaarde stelplicht doet er echter niet aan af dat de bewijslast van de fout op de patiënt rust.⁸¹ Het is dus, anders dan de minister stelt, geen omkering van de bewijslast.

Nu de toepassing van de procedure- en bewijsregels aan de praktijk wordt overgelaten, moet worden afgewacht op welke wijze de claims zullen worden beoordeeld. Het is dan ook goed mogelijk dat deze claims door de geschilleninstantie eenvoudiger zullen worden toegewezen dan door de civiele rechter. Mogelijk vormt dit gegeven een verwezenlijking van de (gevreemde) claimcultuur die de Wkkgz volgens sommigen in de hand werkt.

Afronding

In deze bijdrage hebben wij in het kort de belangrijkste aspecten van de Wkkgz uiteengezet. Hoe de Wkkgz concreet in de praktijk zal uitpakken, is vooralsnog koffiedik kijken. Zorgaanbieders moeten in ieder geval aan de slag om het een en ander binnen hun organisatie, gedurende het overgangsjaar 2016, ‘Wkkgz-proof’ te maken, met name op het gebied van de klachtenbehandeling en geschillenbeslechting. Ten aanzien van dit laatste aspect vragen

wij ons af of er een kans is dat claims door de Wkkgz niet eenvoudiger zullen worden toegewezen, omdat de geschilleninstantie mogelijk anders met de stelplicht, bewijslast en bewijswaardering zal omgaan dan de civiele rechter. De wet zal formeel over vijf jaar worden geëvalueerd, maar de praktijk zal ongetwijfeld in een eerder stadium een eerste voorlopige balans opmaken. Wordt vervolgd...

jurisprudentie

91 Bezoekregelingen in verpleeghuizen (Bopz)

Rechtbank Den Haag (kort geding)

5 oktober 2015

C-09-494013-KG ZA 15-1195

ECLI:NL:RBDHA:2015:11713

[art. 8 lid 2 EVRM, Wet Bopz]

Een vrouwelijke patiënt verblijft op basis van een Bopz-indicatie op een gesloten afdeling voor dementerende patiënten van een verpleeghuis. De zoon van deze patiënte is door de instelling aanvankelijk de toegang tot het verpleeghuis geweigerd in verband met zijn houding en gedrag jegens zijn moeder.

Voorts heeft de instelling aangifte tegen de zoon gedaan bij de politie wegens mishandeling van zijn moeder. Het verpleeghuis is later

80 HR 7 september 2001, NJ 2001, 615.

81 HR 15 juni 2007, NJ 2007, 335 en HR 20 april 2007, LJN BA1093 en Asser/Tjong Tjin Tai 7 IV 2014, nr. 454.